

後期高齢者医療送付先変更届書

届出者名		本人との関係	
届出者住所		連絡先電話番号	

被保険者番号	
フリガナ	
氏名	
生年月日	年 月 日
住所 (施設名及び施設所在地)	

	変更後送付先記入欄 (※現住所に送付先を戻す場合は現住所と記入すること。)	変更前(※現住所以外の場合記入すること。)
変更事項 (該当する□にレ印を記入すること。)	1. 資格関係帳票 □ []	[]
	2. 賦課関係帳票 □ []	[]
	3. 収納関係帳票 □ []	[]
	4. 給付関係帳票 □ []	[]
	5. 減額査定通知 □ []	[]
	6. 医療費通知 □ []	[]
	7. 後発医薬品通知 □ []	[]

通知の有無	医療費通知の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
※無の場合、データ自体作成しません。ご注意ください。	後発医薬品通知の有無	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無

上記事由開始・終了年月日	年 月 日 ~ 年 月 日
--------------	---------------

変更理由	
------	--

徳島県後期高齢者医療広域連合長 殿

上記のとおり、届出します。

年 月 日

市町村 処理欄	システム 入力年月日	.	.	広域連合 処理欄	広域連合 受付年月日	.	.	システム 確認済	<input type="checkbox"/>
------------	---------------	---	---	-------------	---------------	---	---	-------------	--------------------------

(裏面)

● 該当する項目の□にレを付す又は塗りつぶす(■印にすること)。

市 町 村 処 理 欄	個人番号確認	身元確認(顔写真の無い場合2点)		代理権の確認
	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 年金証書	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等(法定代理人)
<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 委任状(任意代理人)	
<input type="checkbox"/> 住民票の写し	<input type="checkbox"/> 資格確認書	()	<input type="checkbox"/> その他(上記が困難な場合)	
<input type="checkbox"/> 職員が記載	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証	()	()	